



Revista Latinoamericana de Hipertensión
ISSN: 1856-4550
latinoamericanadehipertension@gmail.com
Sociedad Latinoamericana de Hipertensión
Venezuela

Estilos de vida y adherencia a terapia antihipertensiva, La Era-Lima Perú y San Miguel-Arica Chile

Cajachagua Castro, Mayela; Vargas Ticona, Cyntia; Ingles Rayme, Marizol; Chávez Sosa, Janett

Estilos de vida y adherencia a terapia antihipertensiva, La Era-Lima Perú y San Miguel-Arica Chile

Revista Latinoamericana de Hipertensión, vol. 16, núm. 1, 2021

Sociedad Latinoamericana de Hipertensión, Venezuela

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170269311015>

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5111611>

Queda prohibida la reproducción total o parcial de todo el material contenido en la revista sin el consentimiento por escrito del editor en jefe



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-SinDerivar 4.0 Internacional.

Estilos de vida y adherencia a terapia antihipertensiva, La Era-Lima Perú y San Miguel-Arica Chile

Lifestyles and adherence to antihypertensive therapy, La Era-Lima, Peru and San Miguel-Arica, Chile

Mayela Cajachagua Castro
Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la
Salud, Perú
mayela@upeu.edu.pe

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5111611>
Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170269311015>

Cynthia Vargas Ticona
Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la
Salud, Perú

Marizol Ingles Rayme
Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la
Salud, Perú

Janett Chávez Sosa
Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la
Salud, Perú

Recepción: 28 Diciembre 2020

Aprobación: 15 Enero 2021

Publicación: 10 Febrero 2021

RESUMEN:

Introducción: Para el adecuado control de la hipertensión arterial es necesario que los pacientes se adhieran a las recomendaciones sobre el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo y la modificación de sus estilos de vida.

Objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Metodología: Estudio transversal correlacional. La población que constituye la muestra es de 150 usuarios en población La Era - Lima, Perú y 100 usuarios de San Miguel-Arica, Chile, elegidos mediante un muestreo no probabilístico, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión. Los instrumentos fueron el cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) y la escala de Morisky-Green. El estudio se realizó cumpliendo los conceptos de ética en investigación. El análisis de datos fue con estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: El 61,6% de los hombres no fueron adherentes al tratamiento antihipertensivo, 53,8% de mujeres si se adhirió. La edad promedio tanto en el grupo de adherentes y no adherentes, osciló entre los 71 y 74 años. La prueba Chi cuadrado evidencia que sexo ($p=0,015$) y estilos de vida ($p=0,000$) se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Conclusiones: La población hipertensa del estudio, en su mayoría tienen un estilo de vida regular. El sexo femenino y los que viven en una relación de pareja demostraron ser más adherentes al tratamiento antihipertensivo. En el análisis de relación de variables, las únicas que tuvieron relación significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo fueron las variables sexo y estilo de vida.

PALABRAS CLAVE: Estilo de vida, hipertensión, cumplimiento y adherencia al tratamiento.

ABSTRACT:

Introduction: For the adequate control of arterial hypertension it is necessary that patients adhere to the recommendations on compliance with antihypertensive treatment and modification of their lifestyles.

Objective to determine the relationship between lifestyle and adherence to antihypertensive treatment.

NOTAS DE AUTOR

mayela@upeu.edu.pe

Methodology: Cross-sectional correlational study. The population that constitutes the sample is 150 users in the La Era - Lima, Peru population and 100 users from San Miguel-Arica, Chile, chosen through non-probability sampling, meeting the inclusion and exclusion criteria. The instruments were the Lifestyle Profile questionnaire (PEPS-I) and the Morisky-Green scale. The study was carried out in compliance with the concepts of research ethics. The data analysis was with descriptive and inferential statistics.

Results: 61.6% of the men were not adherent to the antihypertensive treatment, 53.8% of the women were adherent. The average age in both the adherent and non-adherent groups ranged between 71 and 74 years. The Chi-square test shows that sex ($p = 0.015$) and lifestyle ($p = 0.000$) are significantly related to adherence to antihypertensive treatment.

Conclusions: Most of the hypertensive population of the study have a regular lifestyle. The female sex and those who live in a couple relationship proved to be more adherent to antihypertensive treatment. In the analysis of the relationship of variables, the only ones that had a significant relationship with adherence to antihypertensive treatment were the variables sex and lifestyle.

KEYWORDS: Lifestyle, hypertension, Treatment adherence and compliance.

INTRODUCCION

La Hipertensión Arterial es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo. La Organización Mundial de la Salud considera a la HTA como una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, con cifras cercanas a 7 millones de personas al año¹ y es considerada como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cerebrovasculares y coronarias. En el año 2017, los porcentajes de HTA en la provincia de Lima (22,4%), la provincia Constitucional del Callao (20,6%) y el departamento de Tacna (20,3%) representan los mayores porcentajes de hipertensión arterial², cifras que evidencian la problemática en la provincia de Lima, Callao y Tacna (Perú). En una investigación sobre las causas de riesgo cardiovascular en Lima y la provincia constitucional del Callao, se encontró que, en personas mayores de 80 años, la HTA fue el factor de mayor frecuencia, con una prevalencia del 44%, sobre todo en mujeres³. Las mujeres de la tercera edad son más propensas a tener esta patología que en varones dentro de su edad promedio.

En Chile se ha observado un rápido cambio epidemiológico, con el crecimiento progresivo de las enfermedades crónicas no transmisibles. En la última Encuesta Nacional de Salud, la prevalencia de hipertensión alcanza a 27,6% de la población chilena, porcentaje que llega hasta 73% en adultos mayores⁴.

La adherencia al tratamiento permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento para lograr cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. El tratamiento y el control de la hipertensión arterial han mejorado en los últimos años, aunque estos aún son deficientes y muy por debajo del promedio de los países de altos ingresos y otros países latinoamericanos⁵.

Dentro de la región de Arica, Parinacota, el grupo adulto mayor de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística - Chile representa el 14,6% de la población con Hipertensión arterial⁶. Asimismo, con un estudio en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile se puede determinar que olvidar tomar medicamentos es un factor que repercute negativamente en la salud de los adultos mayores con hipertensión arterial⁷, dificultando su adherencia al tratamiento a largo plazo y aumentando la probabilidad de aparición de factores de riesgo. Al analizar la adherencia terapéutica, se evidenciaron dificultades en la terapéutica antihipertensiva de los pacientes estudiados, ya que solo el 18,5% se adhieren totalmente al tratamiento indicado⁸. En definitiva, los pacientes que realmente cumplen su tratamiento son un porcentaje mínimo.

La adherencia terapéutica se relaciona con la adaptación de los cambios de estilo de vida, "para el correcto control de la HTA es necesario que los pacientes se adhieran a las recomendaciones brindadas, como es la corrección del estilo de vida. Una de las principales causas del fallo terapéutico es la poca adherencia al tratamiento farmacológico y constituye un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas y también de los principales factores de riesgo cardiovascular"⁹. Los pacientes con HTA no solo deben cumplir con las indicaciones terapéuticas, sino que deben adoptar un estilo de vida saludable. La colaboración voluntaria del paciente es fundamental para un resultado terapéutico exitoso.

El estilo de vida que desarrolla la persona, va a influir de una forma positiva o negativa en su estado de salud. Un estilo de vida donde se incluyen malos hábitos alimentarios, inactividad física y hábitos tóxicos, tienen repercusión en la salud humana. Los inadecuados hábitos constituyen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, que incluye la hipertensión arterial, y otras, endocrinas, como lo son la obesidad y la Diabetes Mellitus entre otras ¹⁰. El adoptar hábitos saludables es fundamental para que las personas no desarrollen enfermedades cardiovasculares.

En el Centro de Salud La Era, la mayoría de la población presenta obesidad y malos hábitos de vida, siendo el consumo de alcohol y alimentos chatarra los de mayor incidencia ¹¹. Esta situación permite reflexionar sobre los principales problemas de salud del centro poblado.

En Chile el Ministerio de Salud Pública, en la Encuesta Nacional de Salud, encontró que “la obesidad fue de un 26.1%, mayor en el sexo femenino, específicamente entre los 45 y 64 años y en personas de nivel educacional bajo. Se identificó un sedentarismo en el 88.6% de la población, mayor en el sexo femenino y más notorio en personas con un nivel de educacional bajo. Por último, en relación a la alimentación, se evidenció un consumo promedio de 9.8 gramos de sal diarios por persona” ¹². El estilo de vida no saludable como factor principal de enfermedad cardiovascular en la salud Pública de Chile.

El panorama descrito motiva la realización de estudios de investigación como el presente, donde se espera conocer la relación que existe entre los estilos de vida y la adherencia a la terapia antihipertensiva. El conocimiento generado servirá para conocer mejor la problemática local y ello se constituya en base para generar estrategias de control.

METODOLOGÍA

Estudio observacional con enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional. Fue realizado en dos poblaciones que presentan similar nivel socioeconómico: Centro poblado Virgen del Carmen La Era, Lima, Perú y Centro poblado San Miguel que forma parte de la región de Arica y Parinacota, al norte de Chile.

Se desarrolló con personas que presentan HTA comprobada en un período de dos meses. Para la población de La Era se trabajó con atendidos en el Centro de Salud La Era, donde fueron identificadas 150 personas. Para la población de San Miguel se trabajó con los pacientes que están inscritos en el “Programa de Salud Cardiovascular” que corresponde a 100 personas. Los criterios de inclusión: tener diagnóstico médico de HTA, estar recibiendo terapia antihipertensiva como mínimo 5 meses, ser adulto o adulto mayor y estar en condiciones de participar del estudio de manera voluntaria e individual.

La variable estilo de vida se midió con el cuestionario Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) creado por Nola Pender en 1996, modificado en Trujillo (Perú) por Flor Antúnez en el año 2017, con un índice de confiabilidad con Alfa de Cronbach de $\alpha=0.828$ ¹³. Está compuesto por 27 reactivos tipo Likert que evalúan 5 dimensiones: Actividad Física (4), Nutrición (4), Relaciones Interpersonales (4), Manejo del Estrés (5) y Responsabilidad en Salud (10).

La variable adherencia a la terapia antihipertensiva, se midió con la escala de adherencia de Morisky Green y Levine, 1986, España ¹⁴. La versión peruana fue validada por Lozada en el año 2017, donde se encontró que las saturaciones de los ítems según su aporte tienen un coeficiente de confiabilidad alta analizada con coeficiente de (K-20) Kurder Richardson, alcanzando un puntaje 82% ¹⁵. La encuesta consta de 4 preguntas con respuestas dicotómicas.

Se solicitó permiso a los Centros de Salud de donde se obtuvieron los datos de presión arterial. La recolección de datos se realizó durante los meses de septiembre-noviembre del 2020. Para la aplicación de los instrumentos se cumplieron las normas de ética, asimismo se tomaron todos los cuidados correspondientes al protocolo del cuidado para covid-19. El análisis de datos se realizó con estadística descriptiva e inferencial.

El análisis bivariado se realizó con Chi cuadrado y se identificó el Modelo predictor de la adherencia al tratamiento antihipertensivo con Regresión Logística Multivariada

RESULTADOS

La muestra total de personas hipertensas está constituida por el 55.2% varones, cuyo promedio de edad es 72.8%. Los resultados revelaron que, de un total de 250 pobladores, el 61,6% de los hombres no fueron adherentes al tratamiento antihipertensivo, mientras que el 53,8% de las mujeres si se adhirieron a él. Por otro lado, la edad promedio tanto en el grupo de adherentes y no adherentes, osciló entre los 71 y 74 años.

En cuanto al estado civil, el 69,2% que estaban casados o eran convivientes presentaron adherencia al tratamiento antihipertensivo, en tanto que, el 40,4% de los solteros mostraron ser no adherentes. Asimismo, el 61,5% de los pobladores procedentes de La Era-Lima fueron adherentes al tratamiento, por el contrario, el 41,1% de los pobladores de San Miguel-Chile no fueron adherentes. También se evidenció, que el 59,6% de los pobladores que presentaron un estilo de vida regular se mostraron adherentes al tratamiento antihipertensivo

TABLA 1.
Distribución porcentual de la adherencia al tratamiento antihipertensivo según las características y estilos de vida

		Adherencia al tratamiento antihipertensivo			
		Si		No	
		n=104	%	n=146	%
Sexo	Femenino	56	53,8	56	38,4
	Masculino	48	46,2	90	61,6
Edad	Me± DS	71,4± 9,4		74,2± 9,1	
	Casado/conviviente	72	69,2	87	59,6
Estado civil	Soltero	32	30,8	59	40,4
	La Era-Lima	64	61,5	86	58,9
Lugar de procedencia	San Miguel, Chile	40	38,5	60	41,1
	Bueno	41	39,4	2	1,4
Estilos de vida	Regular	62	59,6	138	94,5
	Malo	1	1,0	6	4,1

Al análisis bivariado, a partir de la prueba Chi cuadrado, se halló que las variables sexo ($p=0,015$) y estilos de vida ($p=0,000$) se relacionaron significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo

TABLA 2.
Asociación de las características y estilos de vida con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en poblaciones de Lima y Chile, 2020.

	Puntuación de χ^2	gl	p
Sexo	5,893	1	,015
Edad	3,502	1	,061
Estado civil	2,439	1	,118
Lugar de procedencia	0,176	1	,675
Estilos de vida	54,706	1	,000

A través de un análisis de regresión logística multivariada se extrajeron los factores independientes predictores de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, quedando incluidos en el modelo los factores: sexo y estilos de vida (ver tabla 3), que explicaba el 34,5% de la varianza, según el índice de Nagelkerke, con un porcentaje de corrección de la clasificación del 74%, con un punto de corte establecido en 0,50.

Finalmente, se encontró que ser del femenino y tener un estilo de vida regular explican el modelo de predicción de la adherencia al tratamiento antihipertensivo

TABLA 3
Modelo predictor de la adherencia al tratamiento antihipertensivo

	B	p	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Sexo	,608	,043	1,836	1,020	3,303
Estilos de vida		,000			
Malo	4,730	,000	,009	,001	,114
Regular	3,818	,000	,022	,005	,094
Constante	2,130	,011	8,411		

Nota: R² = 0,990 (Hosmer-Lerneshow), 0,256 (Cox y Snell), 0,345 (Nagelkerke).
Modelo X²(3) = 74,063, p < .000 *Exp(B) = Odds de ratio; IC = Intervalo de confianza.

DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es una de las principales causas de muerte en diferentes países del mundo, el presente trabajo constituye un avance en el conocimiento de la realidad problemática.

En un estudio realizado en Bogotá conformado por 242 participantes de la Fundación Hospital San Carlos reportaron que el 68.6% son no adherentes¹⁶. Similar resultado se evidencio en la región del Biobío en Chile donde se realizó un estudio con 300 pacientes hipertensos adultos mayores, ingresados al Programa Cardiovascular de Atención Primaria de Cabrero y se identificó que el 62,1% clasifican como no adherentes al tratamiento antihipertensivo¹⁷. A pesar de que el tratamiento regular de la Hipertensión arterial consigue una reducción de la aparición de complicaciones y la mortalidad por esta enfermedad, el incumplimiento del tratamiento se considera el principal factor implicado en el mal control de la enfermedad¹⁸.

En Ecuador se observó mayor prevalencia de adherencia en mujeres que en hombres con una relación 2:1¹⁹. Esto posee mucha similitud con los resultados del estudio RENATA-2 que se llevó a cabo en 25 ciudades de la República Argentina, donde hombres refirieron mayor consumo de sal que las mujeres, dato sumado al menor conocimiento de enfermedad observado entre los hombres, permitió identificar que las mujeres manifiestan una mayor conciencia de los riesgos atribuidos a la HTA²⁰.

El estado civil fue relacionado con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. En Quingee, Ecuador, el estatus marital ha sido relacionado con la presencia de hipertensión arterial, debido a que sus resultados indicaron que el ser divorciado fue un importante predictor de esta patología vascular²¹, similar comportamiento reportado en un estudio realizado en Nepal con 574 participantes, donde se evidencio una mayor prevalencia de HTA en viudos y divorciados²². El vivir en pareja puede fomentar un manejo adecuado del estrés y promover un mejor estilo de vida, como lo es el caso de las mujeres casadas que son más propensas a dejar de fumar y llevar una dieta adecuada, lamentablemente al momento de llegar la viudez o el divorcio estos hábitos pueden cambiar hacia hábitos perjudiciales, con un mayor estrés asociado a la ausencia inmediata del compañero; como consecuencia disminuirá el apoyo social diario que antes existía e incluso a consecuencias más graves como la depresión²³.

Estudios demuestran que la adherencia es en realidad mejor en pacientes de 65 a 80 años en comparación con pacientes hipertensos más jóvenes (<50 años). Sin embargo, en pacientes de avanzada edad (>80 años) sí aumenta la prevalencia de incumplimiento. En este grupo de pacientes, existen factores de riesgo específicos para la no adherencia como la capacidad cognitiva, la depresión y las creencias de salud, además de los factores de riesgo clásicos para la no adherencia²⁴. En la ciudad de México se elaboró un análisis, con la participación de 322 hipertensos, de entre 20 y 69 años, donde el 59% del total fueron parcialmente adherentes²⁵.

En el Centro de Salud Familiar en Chile se demostró que la autoeficacia de diferentes variantes en los estilos de vida interfieren en la conducta de salud y en su adherencia al tratamiento, factores como el manejo y control de la enfermedad, el estrés y afrontamiento de esta, el conocimiento, sus hábitos y la edad²⁶. En un trabajo realizado a 2577 personas con HTA se mostró que la prevalencia de un buen estilo de vida entre los pacientes con HTA controlada es significativamente mayor que aquellos que no controlaron su hipertensión, además también se demostró que la adherencia a un estilo de vida saludable no tuvo relación significativa con el control de la hipertensión²⁷. Por otra parte, en una investigación en China, de 488 participantes hipertensos se reveló que la adherencia al tratamiento entre los pacientes hipertensos fue deficiente²⁸.

De igual manera, los resultados obtenidos en un anterior estudio en Irán con población muestran de 280 personas muestran que el cumplimiento de los antihipertensivos no es satisfactorio entre los pacientes hipertensos, además de que la mitad de los pacientes tenían presión arterial descontrolada que estaba en relación directa con la mala adherencia a los medicamentos. La buena adherencia a los antihipertensivos es un factor clave para lograr un control adecuado de la PA en pacientes hipertensos²⁹.

La adherencia incluye no iniciar la terapia farmacológica, tomar medicamentos con la frecuencia prescrita y persistir en la terapia a largo plazo. El equipo de atención médica puede tomar varias medidas para mejorar la adherencia del paciente a través de la toma de decisiones sobre el manejo, asegurando que los pacientes comprendan la gravedad y las consecuencias de su enfermedad y los beneficios del tratamiento y el control, facilitando el autocontrol de la PA con relevo y asesoramiento, prescripción de medicamentos económicos y efectivos, y seguimiento frecuente de pacientes con hipertensión no controlada³⁰.

Respecto a la relación entre la adherencia al tratamiento y las escalas de calidad de vida, en todos los casos las correlaciones fueron estadísticamente significativas, de manera que a mayor adherencia, mayor calidad de vida³¹. De la misma manera, en el Municipio de Santa Clara en Cuba, se evidenció que los factores de riesgo que más afectan a la comunidad de los hipertensos son el tabaquismo seguido por la obesidad y el sedentarismo³².

Las alteraciones en el estilo de vida son indispensables y esto debe darse a conocer a la población especialmente a las personas en los entornos rurales y pueblos en desarrollo, la conciencia pública debe ir aumentando en la modificación del estilo de vida y la importancia de la adherencia, a fin de reducir la morbilidad, la mortalidad y el costo del cuidado de salud³³.

El presente estudio tiene un significado para la salud pública, dado que la HTA es una de las enfermedades silenciosas que traen diferentes complicaciones. Aún existen altas cifras con respecto a la no adhesión del tratamiento antihipertensivo, el factor mencionado junto a la alta prevalencia de HTA refleja la necesidad urgente de tomar acciones sobre la población en riesgo, fortaleciendo el sector de atención primaria de salud para tener cambios positivos en la atención, el control de la hipertensión arterial.

CONCLUSIONES

La edad promedio tanto en el grupo de adherentes y no adherentes, osciló entre los 71 y 74 años. El sexo femenino y los que viven en una relación de pareja demostraron ser más adherentes al tratamiento antihipertensivo y se evidencian que la mayoría de los pobladores que presentan un estilo de vida regular

evidenciaron ser adherentes al tratamiento antihipertensivo. Por último, en relación con las variables, las únicas que tuvieron relación significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo fueron las variables sexo y estilo de vida.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1657/libro.pdf
2. Instituto nacional de estadística e Informatica. Produciendo estadísticas para el desarrollo del Perú. Lima; 2018. Disponible en: <http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-089-2018-inei.pdf>
3. Ruiz E. Factores de riesgo cardiovascular en mayores de 80 años. *Horiz Med (Barcelona)*. 2015;15(3):26–33. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v15n3/a05v15n3.pdf>
4. Bravo P, Dois A. Conflicto decisional en personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial usuarias del nivel primario de atención de salud de Chile. *Rev Med Chile*. 2018;146:1–8. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n11/0717-6163-rmc-146-11-1286.pdf>
5. Herrera P, Pacheco J, Valenzuela G, Málaga G. Self-knowledge, adherence to treatment, and control of arterial hypertension in Peru: A narrative review. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(3):497–504. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n3/a17v34n3.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística - Chile. Síntesis resultados Censo 2017. 2018. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
7. Valencia F, Mendoza S, Luengo L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (mmas-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):245–9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2017.v34n2/245-249/>
8. Pomares Avalos A. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Finlay*. 2017;7(2):81–8. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476/1574>
9. Rojas Z, Morales S. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? *Rev Colomb Enfermería*. 2015;9(9):133–41. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/573/166>
10. González R, Milián R. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Rev Cubana Pediatr*. 2015;87(3):273–84. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n3/ped03315.pdf>
11. Calderón Dávila M, Ginez Muñuico M. Estilo de vida y su relación con el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2019.. [Lima]: Universidad Peruana Unión; 2019. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1636/Miguel_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Vol. 1, Gobierno de Chile. Chile; 2010. 778 p.
13. Antúnez F. Estilos de vida y su relación con los niveles de tensión arterial en personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial del Hospital Santa Isabel, El Porvenir - Trujillo, 2017. Universidad Cesar Vallejo; 2017. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/25439/antunez_rf.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Pagès N, Valverde M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018;59(3):163–72. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
15. Lozada L. Determinantes sociodemográficos y culturales asociados a la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento de la diabetes. Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2017.. Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo; 2017. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/17741/lozada_rl.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Guarín G, Pinilla A. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. *Rev Fac Med*. 2016;64(4):651–7. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00651>
17. Valencia Monsalvez F. Evaluation of Morisky medication adherence scale (MMAS-8) in older adults of a primary health care center in Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):245–9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n2/a12v34n2.pdf>
18. López S, Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2016;15(1):40–50. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm06116.pdf>
19. Orellana D, Chacón K, Quizhpi J, Álvarez M. Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. *Rev Médica HJCA*. 2016;8(3):252–8. Disponible en: <http://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/245/231>
20. Delucchi A, Majul C, Vicario A, Cerezo G, Fábregues G. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. *Rev Fed Arg Cardiol*. 2017;46(2):91–5. Disponible en: http://www.corazoncerebro.com.ar/wp-content/uploads/2017/12/2017_RENATA_2.pdf
21. Rina M, Valmore M, Lozada J, Palacios J, Torres MG, Carvajal J, et al. Hipertensión arterial y su comportamiento epidemiológico en la población rural de Cumbe, Ecuador. *Rev Latinoam Hipertens*. 2017;12(5):154–63. Disponible en: http://www.revhipertension.com/rlh_12_5_2017/2hipertension_arterial.pdf
22. Dhungana RR, Pandey AR, Bista B, Joshi S, Devkota S. Prevalence and Associated Factors of Hypertension: A Community-Based Cross-Sectional Study in Municipalities of Kathmandu, Nepal. *Rev Int Hipertens*. 2016;2016:10. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2016/1656938/>
23. Perkins J, Lee H, James K, Oh J, Krishna A, Heo J, et al. Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*. 2016;2016:1–12. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12889-016-3682-9.pdf>
24. Burnier M, Polychronopoulou E, Wuerzner G. Hypertension and Drug Adherence in the Elderly. *Front Cardiovasc Med*. 2020;7(49):1–9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcvm.2020.00049/full#h1>
25. Maldonado F, Vázquez V, Loera J, Ortega M. Prevalence of therapeutic adherence in hypertensive patients with the use of the martin-bayarre-grau questionnaire. *Aten Fam*. 2016;23(2):48–52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116301134>
26. Mena F, Nazar G, Mendoza S. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia la Promoción la Salud*. 2018;23(2):67–78. Disponible en: [http://vip.ucaldas.edu.co/promocionsalud/downloads/Revista23\(2\)_Completa.pdf#page=67](http://vip.ucaldas.edu.co/promocionsalud/downloads/Revista23(2)_Completa.pdf#page=67)
27. Akbarpour S, Khalili D, Zeraati H, Mansournia M, Ramezankhani A, Fotouhi A. Healthy lifestyle behaviors and control of hypertension among adult hypertensive patients. *Sci Rep*. 2018;8(8508):1–9. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-26823-5.pdf>
28. Pan J, Wu L, Wang H, Lei T, Hu B, Xue X, et al. Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(27):e16116. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635171/pdf/medi-98-e16116.pdf>
29. Behnood-rod A, Rabbanifar O, Pourzargar P, Rai A, Saadat Z, Saadat H, et al. Adherence to Antihypertensive Medications in Iranian Patients. *Int J Hypertens*. 2016;2016(1508752):7. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2016/1508752/>
30. Burnier M, Egan B. Adherence in Hypertension: A Review of Prevalence, Risk Factors, Impact, and Management. *Circ Res*. 2019;124(7):1124–40. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>

31. Hirschberg S, Donatti S, Rijana I, Selan V. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *Rev Latinoam Cienc Psicológica*. 2014;6(2):64–70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333133045002.pdf>
32. Cruz C, García C. Características clínico-epidemiológicas de pacientes hipertensos en un Consultorio Médico de Santa Clara. *Rev científica Estud 2 Diciembre*. 2020;3(3):89. Disponible en: <http://www.revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/89/64>
33. Uwaegbulem M. Lifestyle Modification and Adherence#: An Inseparable Measure in Hypertension Control. *J Adv Med Med Res*. 2017;22(3):1–21. Disponible en: <https://www.iomcworld.org/open-access/adherence-to-healthy-lifestyle-among-hypertensive-patients-in-hararregion-eastern-ethiopia-2167-1079-1000308.pdf>